Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

29 477 Geneesmiddelenbeleid

25 424 Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 368 **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 maart 2016

Conform mijn toezegging in het Algemeen Overleg Dementie d.d. 11 november 2015 (Kamerstuk 25 424, nr. 300) informeer ik u hierbij over mijn vervolgstappen om het (oneigenlijk) psychofarmacagebruik in de intramurale zorg terug te dringen, inclusief de concrete doelen die mij in dit verband voor ogen staan.

Psychofarmaca: alleen als het moet of écht niet anders kan

In de brief[1] bij mijn plan van aanpak «Het kán beter met mínder!» voor het verminderen van psychofarmaca in intramurale zorginstellingen heb ik gesteld dat ik het oneigenlijk gebruik van psychofarmaca in verblijfsvoorzieningen voor psychogeriatrische zorg of gehandicaptenzorg wil terugdringen. Het oneigenlijk psychofarmacagebruik moet naar nul. Dat is mijn ambitie. Onder oneigenlijk gebruik versta ik: het toedienen van psychofarmaca aan cliënten zonder dat hier een gerichte medische indicatie voor is. Oneigenlijk gebruik is ook, wanneer psychofarmaca te vaak en /of te lang worden voorgeschreven. Te vaak, wanneer steeds als eerste naar de psychofarmaca wordt gegrepen zonder na te gaan of met verantwoorde psychosociale interventies hetzelfde resultaat kan worden bereikt. Te lang, als het – geïndiceerde – psychofarmacagebruik niet regelmatig tussentijds wordt geëvalueerd op de effectiviteit. Psychofarmaca kunnen immers weliswaar bij mensen met dementie, een verstandelijke beperking of GGZ-problematiek helpen de door hen ervaren problemen te verminderen, maar ze hebben ook negatieve bijwerkingen. Zeker bij langdurig gebruik kunnen psychofarmaca de kwaliteit van leven van de cliënt negatief beïnvloeden, en mogelijk diens gezondheid schaden. Psychofarmaca mag alleen in het uiterste geval worden voorgeschreven op grond van een gerichte indicatie, en dan altijd proportioneel en op basis van informed consent. Dus: alleen als het moet of écht niet anders kan!

[1] Kamerstuk 31 996, nr. 73.

kst-29477-368
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

De route naar nul oneigenlijk psychofarmacagebruik

De route naar terugdringing gaat – zeker in eerste aanleg – vooral langs de weg van bewustwording en het werken aan een cultuuromslag bij zorgprofessionals, -aanbieders en mantelzorgers. Dit is ook de rode draad die door mijn plan van aanpak «Het kán beter met mínder!» van 26 juni 2015 loopt. Daarbij gaat het om de focus op de individuele cliënt en diens situatie. Gesprekken met deskundigen uit de ouderen- en gehandicaptenzorg, die ik heb geraadpleegd in reactie op het verzoek van de leden Van Gerven (SP) en Van Dijk (PvdA) tijdens het AO Dementie om een doelstelling te formuleren ten aanzien van het verminderen van het psychofarmacagebruik, hebben mij geleerd dat op dat niveau de afweging wordt gemaakt of er wel of geen psychofarmaca worden voorgeschreven dan wel gegeven. Daarom moet op dat niveau een knop worden omgezet en met een open blik worden bekeken of het ook zonder psychofarmaca kan, en of er mogelijkheden zijn om reeds ingezet psychofarmacagebruik verantwoord af te bouwen. Mijn stelling is dan ook, dat op individueel cliëntniveau het verschil tussen het eigenlijk en oneigenlijk gebruik van psychofarmaca wordt gemaakt. Volgens de geraadpleegde deskundigen – artsen, gedragswetenschappers, onderzoekers, een apotheker, zorgmanager, bestuurder en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) – is het daarom niet logisch en zinvol om een landelijke reductiedoelstelling – bijvoorbeeld 50% minder psychofarmaca – te formuleren. Zelfs op het niveau van de individuele zorgaanbieder blijkt volgens hen niet altijd duidelijk waar de kritische grens ligt tussen eigenlijk en oneigenlijk gebruik. Dat is ook de ervaring van enkele zorgaanbieders die inmiddels met succes het psychofarmacagebruik binnen de eigen organisatie hebben weten te verminderen. Ik noem bijvoorbeeld Topaz, Glorieux (VenV) en de Prinsenstichting (VG). Hier is op cliëntniveau gekeken naar mogelijkheden om het psychofarmacagebruik te verminderen. Ondanks deze zelfde aanpak bleken de uitkomstcijfers op instellingsniveau verschillend.

Onderweg naar nul

Het doel is dus helder. Ik wil – gegeven het voorgaande – dat eerst het vizier wordt gericht op het leren en implementeren van good practices – bijvoorbeeld ten aanzien van anders handelen door professionals – zodat we daarmee helder krijgen welke methodieken en interventies effectief kunnen worden ingezet om het oneigenlijk gebruik van psychofarmaca terug te brengen naar nul.

Vilans is in dit kader al voortvarend aan de slag. Tijdens de kick-off bijeenkomst op 22 januari jl. zijn de tien uitgangspunten voor het gebruik van psychofarmaca bij probleemgedrag gepresenteerd. Deze zijn door eerdergenoemde groep deskundigen opgesteld, geïnspireerd door de «Veilige principes in de medicatieketen». U treft de tien uitgangspunten aan als bijlage bij deze brief. Ze zijn zo opgesteld dat ook de IGZ ze kan gebruiken voor haar toezicht op psychofarmaca. Goede implementatie van de tien uitgangspunten binnen zorgorganisaties zal ertoe leiden dat oneigenlijk psychofarmacagebruik hier wordt gereduceerd naar nul. Net als bij de «Veilige principes in de medicatieketen» is het de bedoeling dat de 10 uitgangspunten worden vertaald in richtlijnen voor de dagelijkse werkpraktijk van alle betrokken zorgverleners. Het traject hiertoe is inmiddels opgestart.

Daarnaast worden tot eind 2017 in elk geval 50 zorgaanbieders in zowel de ouderenzorg als de gehandicaptensector begeleid en gevolgd bij de afbouw van psychofarmaca binnen de eigen organisatie. Eenendertig van hen zullen elk voor een jaar vanuit Vilans intensief worden ondersteund

met toegesneden verbeterprogramma, en ten minste 20 zorgaanbieders gaan zelf aan de slag met de beschikbare materialen en kennisproducten, en worden daarbij «op afstand» begeleid en gevolgd. Bij alle deelnemers zal via een begin- en eindmeting en tussentijdse monitoring worden bepaald in hoeverre het psychofarmacagebruik in individuele situaties daadwerkelijk is verminderd, en op basis van welke practise based interventies en methodieken. Na analyse van de resultaten zal vervolgens, tezamen met de betrokken partijen worden bezien hoe de «lessons learned» kunnen worden vertaald in praktische instrumenten, die gevalideerde handvatten bieden om het oneigenlijk psychofarmacagebruik tot nul te reduceren.
Tevens organiseert Vilans een aantal leernetwerken voor behandelaren (artsen, gedragsdeskundigen, verpleegkundig specialisten), waarin zij vooral met elkaar in gesprek gaan en van elkaar leren hoe zij, met hulp van inhoudelijke experts en van veranderkundigen, vanuit hun eigen rol en positie psychofarmacagebruik kunnen verminderen. De leerervaringen en opbrengsten van de leernetwerken zullen vervolgens voor derden toegankelijk worden gemaakt.

Voorts vind ik van belang dat de bestaande richtlijnen rond probleemgedrag adequaat worden nageleefd. Verenso is reeds bezig met de herziening van de richtlijn Probleemgedrag. In de verstandelijk gehandicaptenzorg is de richtlijn Voorschrijven van psychofarmaca nagenoeg gereed voor implementatie. Met haar positieve resultaten liep de Prinsenstichting al op de invoering van deze richtlijn vooruit. Dat biedt dus goede hoop dat deze nieuwe richtlijn er toe bijdraagt om in de gehandicaptenzorg de benodigde reductie te halen.

Meten is weten

Hierboven is al aangegeven dat het vaak op het niveau van de individuele zorgaanbieder niet duidelijk is hoeveel psychofarmaca op niet-medische gronden worden gegeven, en voor hoe lang. Ik heb begrepen dat zelfs op het individuele cliëntniveau hier ook niet altijd het juiste zicht op is. Uit oogpunt van medicatieveiligheid is dat zeer onwenselijk. Het staat dan ook buiten kijf dat alle betrokken zorgverleners moeten zorgen dat het voor de cliënt geldende individuele beleid inzake psychofarmaca en het actuele gebruik adequaat worden vastgelegd in het cliëntdossier. De zorgaanbieder dient hierop toe te zien. Ik zal dit onderwerp bespreken in een volgend overleg met respectievelijk ActiZ en VGN.

Als de cliënt psychofarmaca krijgt toegediend tegen zijn wil of zonder dat hij/zijn vertegenwoordiger hiermee heeft ingestemd, kan er tevens sprake zijn van gedwongen zorg. Het is de vraag of zorgverleners en -aanbieders zich dit altijd realiseren. Ook dit zal ik bespreken met ActiZ en VGN. Daarnaast wil ik samen met betrokken partijen onderzoeken of, vooruitlopend op de inwerkingtreding van de Wet zorg en dwang, die regelt dat alle vormen van onvrijwillige zorg geregistreerd moeten worden, er tot een voorshands vrijwillige vorm van registratie van psychofarmacagebruik kan worden gekomen. Hierbij staat wat mij betreft als primair doel voorop, dat zorgaanbieders en -professionals inzicht krijgen in en zich bewust worden van het psychofarmacagebruik binnen de eigen organisatie, en geprikkeld worden om bewust om te gaan met het voorschrijven en toedienen van psychofarmaca, conform de tien uitgangspunten.
Voorts ben ik met de IGZ in gesprek over hoe het toezicht op het voorschrijven en geven van psychofarmaca kan worden geoptimaliseerd. De IGZ heeft de laatste jaren al veel gekeken naar het gebruik van psychofarmaca in de ouderen- en gehandicaptenzorg, onder andere bij haar toezicht op vrijheidsbeperking. Op dit moment werkt de IGZ aan een instrument voor toezicht bij onbegrepen gedrag.

Tot slot

Uit de grote belangstelling voor de kick-off bijeenkomst op 22 januari jl. valt te concluderen dat het terugdringen van oneigenlijk gebruikte psychofarmaca een actueel thema is. Vilans gaat de komende tijd meerdere bijeenkomsten organiseren, met als doel: enthousiasmeren, kennis delen en deskundigheid bevorderen. Ook zullen door individuele zorgaanbieders behaalde positieve resultaten breed worden uitgemeten en good practices actief worden verspreid.
Met dit alles hoop ik te bewerkstelligen dat zorgaanbieders en professionals steeds meer doordrongen raken dat afbouw van oneigenlijk psychofarmacagebruik niet alleen noodzakelijk is, maar dat het ook verantwoord kán. Dat zij nu al binnen hun eigen organisaties nagaan of er op individueel cliëntniveau sprake is van noodzakelijke of van oneigenlijke inzet van psychofarmaca, en conform de kwalitatieve norm van de tien uitgangspunten een reductieslag gaan maken. Zo nodig met inschakeling van externe deskundigheid.
Met een dergelijke cultuuromslag worden alle betrokkenen uitgedaagd om een einde te maken aan het oneigenlijk gebruik van psychofarmaca.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn

BIJLAGE:

De 10 uitgangspunten voor gebruik van psychofarmaca bij probleemgedrag:

1. Psychofarmaca voor probleemgedrag is nooit de eerste keuzemogelijkheid, met uitzondering van situaties met acuut gevaar voor de cliënt of zijn omgeving;
2. Behandeling van probleemgedrag wordt voorafgegaan door een gedegen analyse van lichamelijke, psychische, persoonlijke en omgevingsfactoren;
3. Behandeling met psychofarmaca voor probleemgedrag is altijd in overleg met de cliënt(vertegenwoordiger) en onderdeel van een integraal multidisciplinair opgesteld behandelplan onder behandelregie van de gedragswetenschapper, arts of verpleegkundig specialist;
4. «Zo nodig» gebruik van psychofarmaca voor probleemgedrag is, tenzij geïndiceerd of in acute situaties, niet toegestaan;
5. Bij aanvang van psychofarmaca voor probleemgedrag wordt al direct nagedacht over en gewerkt aan afbouw en stoppen;
6. Bij gebruik van psychofarmaca voor probleemgedrag wordt minimaal driemaandelijks geëvalueerd met arts, gedragswetenschapper, verzorgende/begeleider en met input van cliënt(vertegenwoordiger). Bij deze evaluatie is de apotheker tenminste 1x per jaar aanwezig;
7. Cliënt(vertegenwoordiger), verzorgende en/of begeleider krijgen psycho-educatie over probleemgedrag en over het monitoren van de werking en bijwerking van de psychofarmaca voor probleemgedrag;
8. De bestuurder is bestuurlijk verantwoordelijk voor het psychofarmacabeleid en zorgt voor voldoende deskundig personeel en randvoorwaarden;
9. Professionals werken volgens professionele richtlijnen over probleemgedrag en het voorschrijven van psychofarmaca;
10. Gebruik van psychofarmaca voor probleemgedrag wordt op afdelingsniveau geëvalueerd.